4e Année. No 4. 1er Avril 1883.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E. J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXIII

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, In-8, 16 pages 1 25

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8° 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir .... fr. 3 50

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaires, lingual et pharyngien.* In-8, 5 pages. 0 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages .... fr. 1 25

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille.* In-8° 24 pages.. 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir .... fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte .... fr. 3 50

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8°, 17 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages .... fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages .... fr. 1 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx.* In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur.

4e Année. N° 4. 1er Avril 1883

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

SOMMAIRE. — **Travaux originaux** : Otite moyenne aiguë, paralysie faciale concomittante, guérison, par le Dr E. J. Moure. — **Clinique du Dr E. J. Moure** : Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien, par le Dr J. Lauga.—**Revue Bibliographique** : Epithélioma primitif de l'amygdale, par le Dr Bryson Delavan.— Carcinome de l'œsophage chez un goitreux. Paralysie incomplète des dilatateurs de la glotte ; trachéotomie; hémorragie retro-trachéale ; asphyxie ; mort. — **Revue de la Presse.**— **Index Bibliographique** : Pharynx, Nez, Larynx, Oreilles, Varia.

TRAVAUX ORIGINAUX

Otite moyenne aiguë, paralysie faciale concomittante, guérison.

Par le Dr E. J. Moure.

Si l'on se rapelle la position du nerf facial dans l'aqueduc de Fallope, le long de la paroi postero-supérieure de la caisse du tympan, si l'on songe que bien souvent la paroi osseuse interne de ce conduit est incomplète (1), et que la muqueuse du tympan se trouve alors en communication directe avec la surface externe de ce nerf, l'on ne saurait s'étonner de voir les inflammations de la caisse produire une paralysie plus ou moins complète des muscles de la face. D'autre part, comme le fait observer le Dr Trœltsch (2), avec juste raison, l'artère stylo-

(1) Le canal de Fallope, dit Urbantschitsch (*Traité des maladies de l'oreille*, traduit par R. Calmettes, Paris, 1881) présente une ouverture audessus de la fenêtre, ovale dans sa position horizontale ouverture constante chez le nouveau-né et assez fréquente chez l'adulte.

(2) *Traité pratique des Maladies de l'oreille*, travail par Kuhn et Lévi, Paris, 1870 p. 171.

mastoïdienne qui nourrit une grande partie de la muqueuse de l'oreille moyenne parcourt le canal de Fallope avec le facial et fournit quelques rameaux à son névrilème. De telle sorte que ces deux organes ont en quelque sorte une nutrition commune. L'on sait en effet depuis longtemps, qu'il n'est point rare de voir se produire au cours d'un écoulement chronique de l'oreille, une paralysie faciale, et Triquet en 1857 (1) s'était déjà longuement étendu sur cette complication en énonçant de la manière suivante les principales causes susceptibles de produire cette hémiplegie :

« 1° Cette paralysie faciale est due à ce que la suppuration, après avoir désorganisé les parties profondes de l'oreille, arrive jusque dans le canal de Fallope et vient baigner le nerf facial qui le traverse. Ce nerf se trouve alors atteint de phlegmasie sans pouvoir transmettre l'influx nerveux aux muscles qu'il doit animer. »

« 2° Mais le plus souvent, la suppuration de l'oreille ne va pas pas jusqu'au nerf facial lui-même. Elle s'arrête à une certaine distance du canal de Fallope, mais elle amène dans les lamelles osseuses qui forment les parois de ce canal une ostéite dont la conséquence est l'hypertrophie de ces lamelles, la diminution de calibre du canal dans lequel est contenu le nerf facial et partant la compression de ce nerf. »

En 1863 (2) le même auteur rapportait les détail d'une observation, dans laquelle l'examen anatomique du sujet qui avait succombé aux suites d'une tuberculose pulmonaire intercurrente, avait permis de vérifier d'une manière positive cette dernière cause de paralysie faciale, et enfin en 1866 (3), il insistait sur les troubles qui peuvent survenir dans les muscles de la face non seulement quand il y a carie de l'os, mais aussi lorsque la muqueuse de la caisse seule est hypérémiée ou enflammée comme dans l'otite et l'otorrhée, etc. « Mais, ajoutait-il (4), c'est surtout chez les sujets ultra-lymphatiques ou scrofuleux, atteints de granulations, ou de fongus de la caisse, que

(1) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, Paris 1857.
(2) Triquet *Leçon cliniques sur les maladies de l'oreille*, Paris 1863 p. 223.
(3) Triquet, *Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille*, T. II. p. 398.
(4) *Loc. cit.*, T. II. p. 400.

l'hémiplégie se rencontre, le plus souvent et pour confirmer ce dernier fait, il rapporte deux observations de ce genre concernant l'une une petite fille de neuf ans et l'autre une dame de vingt-cinq ans.

Triquet signale donc l'otite aïgue comme susceptible de produire la paralysie faciale, mais cependant il n'en publie aucune observation.

Wilde, de Dublin, dit avoir observé très fréquemment chez des sourds une déviation d'un angle de la bouche et un développement inégal des deux sillons nasolabiaux, chaque fois que la physionomie des malades prenait une expression plus animée. Il est certain, ajoute de Trœltsch qui rapporte l'opinion précédente (*Loc. cit.* p. 171), que dans les inflammations de la caisse, le facial est lui-même souvent affecté, et une grande partie des prétendues paralysies rhumatismales de la face est liée, si on y regarde attentivement, à une affection de l'oreille, ou en est même le résultat immédiat.

Miot (1) se borne à rappeler que l'hémiplégie faciale peut dépendre d'une congestion (Schvartze), d'une compression, d'une atrophie ou d'une destruction du facial, sans publier à ce sujet aucune observation.

Toynbee (2) au contraire non-seulement signale la possibilité d'une telle lésion au cours d'une otite moyenne aiguë, mais il publie même deux faits qu'il est peut-être utile de rappeler ici à cause des indications thérapeutiques qui pourront en découler comme nous le dirons par la suite.

Observation I.

Inflammation aiguë de la muqueuse et du tympan: ulcération de la M. T. paralysie du nerf facial. Guérison.

E. J..., vingt-trois ans, est admis dans mon service au dispensaire de Saint-George et Saint-James, le 28 février 1843.

Historique. — Il raconte que trois mois auparavant il a été saisi tout à coup d'une violente attaque d'otalgie du côté droit, rayonnant dans le côté correspondant de la tête.

(1) *Traité prat. des mal. de l'oreille,* Paris, 1871. p. 398.
(2) Maladies de l'oreille, Paris 1874, p. 245.

La douleur durait depuis vingt-quatre heures, lorsqu'il sentit quelque chose se crever dans l'oreille, aussitôt apparition d'un écoulement abondant et d'odeur repoussante.

Pendant cette attaque d'otalgie, le malade éprouva beaucoup vertiges, eut une paralysie faciale du côté droit; il ne pouvait fermer l'œil droit et la bouche était tirée à gauche.

A l'examen, on voit une perforation de la M. T. droite; la muqueuse tympanique est rouge, épaissie et secrète un produit muqueux. On applique un vésicatoire derrière l'oreille; amélioration; la douleur ne revient que le 11 mars; elle apparaît alors brusquement et avec une grande violence, accompagnée de bourdonnements et de sensations de pompements (pumping) et de battements dans l'oreille. Ces symptômes s'aggravaient beaucoup dans les secousses de la toux. Écoulement abondant; membrane muqueuse tympanique très rouge; sangsues au-dessous de l'oreille; injections fréquentes du conduit auditif, à l'eau chaude; après l'apaisement de la douleur, vésicatoire derrière le pavillon; Calomel et Opium jusqu'à concurrence de production de sensibilité aux gencives. Les symptômes cèdent graduellement.

11 avril. Mieux; peu de souffrance.

16 avril. Écoulement beaucoup diminué, orifice de la M. T. plus étroit; bourdonnements beaucoup moins forts. Ne peut encore fermer l'œil droit ni se servir de la bouche librement, mais l'innervation des muscles de la face est certainement plus facile.

Frictions avec la pommade émétisée derrière l'oreille. A partir de ce moment, le malade s'améliore graduellement et, le 3 juillet, le facial a recouvré ses facultés; l'écoulement a beaucoup diminué.

Le cas suivant, du même genre, s'est présenté chez un enfant.

Observation II.

Inflammation aiguë de la muqueuse du tympan du côté droit; violente céphalalgie; paralysie temporaire du nerf facial.

Master S..., cinq ans, pâle et faible, m'est amené le 10 février 1850.

Historique. — Il y a trois mois, on lui a tiré l'oreille droite avec une certaine violence.

Il y a quatorze jours, douleur profonde dans cette oreille, suivie, au bout de deux jours, d'un écoulement et d'une amélioration de l'otalgie. Tout récemment il a tellement souffert du côté droit de la tête qu'il la pressait constamment avec la main; le côté correspondant de la face est resté paralysé pendant une semaine; mais il n'y paraît plus. Aujourd'hui il se plaint de nouveau de douleur d'oreille.

L'examen montre dans l'oreille droite la surface du méat rouge et tuméfiée, dépouillée d'épiderme et recouverte d'un produit de sécrétion blanc et épais; la M. T.., dans le même état, *bombait en dehors* : sangsues au-dessous de l'oreille, fomentations chaudes; à l'intérieur, médicaments toniques; les douleurs d'oreille et la céphalalgie cèdent rapidement, et l'enfant est envoyé au bord de la mer. Le 7 mars, environ un mois après ma première consultation, je trouvai un petit orifice à la partie inférieure de la M. T..., à travers lequel s'échappait le produit de l'écoulement.

Malheureusement les deux observations précédentes, et surtout la dernière sont évidemment un peu écourtées car l'auteur ne nous dit point de quelle manière s'était établi la paralysie ; mais néanmoins ces deux faits et surtout le dernier n'en contiennent pas moins un enseignement assez précieux ainsi que nous le démontrerons plus loin. L'observation suivante viendra prouver une fois de plus que l'on peut observer des hémiplégies faciales dans le cours et même presque tout à fait au début d'une otite moyenne aiguë :

Observation III (Personnelle, inédite).

Otite moyenne aiguë chez un enfant de six ans et demi, paralysie faciale concommittante. Guérison.

Le 20 octobre 1882, Madame X.., vint me présenter à la clinique sa petite fille âgée de six ans et demi qui était atteinte d'un écoulement purulent de l'oreille gauche et d'une hémiplégie faciale de ce côté.

La mère me raconte que le 7 octobre, c'est-à-dire 13 jours auparavant, son enfant avait commencé à se plaindre de douleurs dans l'oreille; quatre ou cinq jours après les douleurs étaient devenues plus vives, elles étaient lancinantes et ac-

compagnées de battements dans tout le côté de la tête, mais à cette époque il n'existait aucune altération des traits de la face. Pendant la nuit du cinquième jour les douleurs devinrent plus vives, l'oreille se mit à couler et *dès le lendemain matin*, la mère constatait tous les signes de la paralysie faciale du côté gauche. Impossibilité de fermer les paupières, larmoiement, chute de l'aile du nez, affaissement des traits du côté paralysé, déviation de la bouche, impossibilité de souffler, en un mot tous les signes d'une paralysie faciale des plus complètes.

Un médecin consulté tout d'abord essaya l'emploi de l'électricité pendant quelques jours, mais comme *les muscles ne se contractaient point sous l'influence du courant électrique*, on porta un pronostic défavorable sur la possibilité de retour de l'innervation faciale et l'on conseilla à la mère de faire traiter l'écoulement de l'oreille de son enfant et me mener la malade.

Lors du premier examen je constatais également la présence de la paralysie faciale; et l'existence d'un écoulement de pus jaunâtre assez abondant, mais non fétide, du côté de l'oreille gauche. La douleur avait presque complètement disparu depuis l'apparition de l'écoulement. Néanmoins la traction du pavillon en arrière, la pression, même légère, au niveau du méat étaientun peu douloureuse. Après avoir nettoyé l'oreille à l'aide d'une injection d'eau tiède je trouvais une légère tuméfaction des parois du conduit auditif et surtout un tympan rouge épaissi et offrant au niveau de sa partie antéro-inférieure, une petite perforation irrégulière, par laquelle on voyait sourdre un peu de pus.

Ne doutant pas un seul instant que la cause de la paralysie fut dans l'oreille, je conseillais l'application d'un vésicatoire au niveau de l'apophyse mastoïde, et des injections d'eau tiède légèrement alcoolisée. Je fis une insufflation par le procédé de Politzer, insufflation néanmoins bien incomplète à cause de l'indocilité de la malade, je conseillais également l'emploi d'instillations au sous-acétate de plomb, en recommandant à la mère de cesser ces dernières si l'oreille redevenait douloureuse, de plus l'on fit chaque jour des séances d'électrisation au niveau des muscles paralysés. Cinq jours plus tard l'écoulement de l'oreille était tari, la perforation cicatrisée ; le tympan avait un aspect un peu terne, mais il

n'existait plus de traces de congestion, la paralysie restait toujours la même.

La malade étant devenue un peu plus docile, je fis alors de nouvelles insufflations dans la caisse, toujours par le procédé de Politzer, la trompe était, du reste, parfaitement libre. Puis je conseillai l'emploi d'un nouveau révulsif mastoïdien dès que la plaie du premier serait suffisamment cicatrisée et recommandai à la mère d'insister sur l'électrisation, ayant le ferme espoir que nous pourrions arriver à un résultat favorable.

En effet, dans la première quinzaine de décembre, l'écoulement des larmes sur les joues commença à diminuer et, le 27 du même mois, l'enfant put commencer à fermer un peu l'œil du côté paralysé, depuis cette époque l'amélioration fit de rapides progrès et, au mois de janvier, non seulement elle fermait complètement ses paupières, mais elle pouvait même siffler et exécuter diverses grimaces avec les muscles autrefois paralysés. Le 16 février, je présentai à mes collègues de la Société de médecine la jeune enfant complètement guérie de sa paralysie.

L'audition à la montre, nulle au début du traitement, est aujourd'hui de 8 à 10 centimètres, c'est-à-dire assez notablement améliorée.

La perception cranienne est bonne (1).

Réflexions. — Je ne m'arrêterai évidemment pas à discuter la cause de cette paralysie faciale qui était évidemment liée à l'affection de l'oreille ; quant à la pathogénie de l'affection, je crois que si l'hypérémie a joué un grand rôle dans la production de la lésion, c'est le gonflement de la muqueuse et surtout l'accumulation de matière purulente dans la caisse qui ont déterminé la compression du facial et la paralysie qui en a été la conséquence. Le mode et le moment de l'apparition de l'hémiplégie, alors que la cavité de la caisse était complètement remplie d'exudat, que le tympan fortement tendu et sur le point de se rompre opposait une dernière barrière à l'écoule-

(1) Je n'ai point donné de détails sur l'examen fonctionnel de l'oreille à l'aide du diapason car l'enfant, très effrayée, ne donnait aucun renseignement exact à ce sujet et se soumettait, du reste, très mal à cet examen.

ment du pus au dehors, me semblent autant des raisons suffisantes pour faire admettre cette manière de voir.

Il est évident que la cause, que j'appellerai mécanique, n'était pas seule en jeu, car la pression sur le facial n'eût pas été, je crois, ni assez forte ni assez persistante pour produire une paralysie faciale d'aussi longue durée et il est à peu près certain que cette dernière a été entretenue par la tuméfaction et l'hypérémie assez intense de la muqueuse de la caisse.

Au point de vue du pronostic, le mode d'aparition brusque de la paralysie, l'existence d'une otite purulente aiguë, la date récente du début de la maladie, enfin son existence chez un enfant étaient évidemment des raisons suffisantes pour permettre de porter un pronostic favorable.

Comme traitement en dehors de la médication locale dirigée contre l'écoulement de l'oreille, j'ai conseillé comme il est d'usage, l'emploi de révulsifs mastoïdiens dans le but de modérer l'hypérémie de la caisse et pour faire diminuer le gonflement de toutes les parties tuméfiées de l'oreille moyenne. En outre, la malade a fait des séances quotidiennes d'électrisation au niveau des muscles paralysés.

L'hémiplégie faciale étant établie, il est évident que le praticien se trouve réduit à faire un traitement purement symptomatique. Cependant, étant donné la cause de la paralysie, au moment où les douleurs deviennent vives, alors que le tympan commence à bomber au dehors (*voir obs. II*), en un mot, lorsque le pus commence à s'accumuler dans la caisse, il me semble qu'il serait préférable de faire la perforation du tympan (myringodectomie). Cette opération aurait l'avantage de calmer les douleurs en ouvrant une voie au pus, et permettrait très probablement d'éviter non-seulement la paralysie faciale, mais d'autres complications bien plus redoutables et qui sont, trop souvent encore, la conséquence des otites purulentes.

Dr E. J. Moure.

CLINIQUE DU Dr E. J. MOURE

Contribution à l'étude de la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.

Par le Dr J. Lauga
Aide de la Clinique laryngoscopique et otoscopique.

C'est depuis quelques années seulement que, grâce au laryngoscope, les paralysies isolées des muscles du larynx ont pu être observées et décrites avec précision. La paralysie de l'ary-aryténoïdien en particulier, à laquelle certains auteurs ne consacrent qu'une attention restreinte et que d'autres ne font même que citer comme possible, prend en ce moment dans la pathologie de l'organe vocal la place que sa fréquence lui assigne.

Les observations qui en ont été publiées jusqu'à ce jour sont au nombre de quatorze. Plus de la moitié ont été publiées durant ces trois dernières années.

La première fut signalée par Turck, en 1866 (1) et cet auteur reproduisit même dans son ouvrage l'image laryngoscopique de la lésion dont il rapportait l'observation et nous avons nous-mêmes exposé cette dernière à la fin de cet article.

E. Martel, dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en 1872, en rapporte une observation empruntée au Docteur E. N. Duranty. La même année Mandl, dans son Traité des maladies du larynx, cite cette affection et lui attribue un symptôme qu'il est seul à noter, celui de la perte du registre vocal supérieur. En 1876, Tissot, dans sa thèse, écrit : « On pourra croire à la paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien lorsque les cordes vocales ne fermeront pas la glotte inter-cartilagineuse ». Poyet, l'année suivante, dans son travail inaugural aussi, mentionne la paralysie isolée du muscle ary- aryténoïdien et en rapporte une observation recueillie à la clinique du docteur Fauvel. Ziemssen, cité par E. et J. Bœkel (1879) dans l'article " Larynx " du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publie une observation de

(1) *Klinik der Krankeiten der Kehlk.* p. 451.

paralysie incomplète de l'aryténoïdien transverse due à une affection hystérique et caractérisée par une juxtaposition incomplète des cartilages aryténoïdes pendant la phonation. Morell- Mackensie, dans son *Traité théorique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée* (1), est bref sur ce sujet, se bornant à constater que l'ary-aryténoïdien est quelquefois seul affecté. La figure explicative qu'il joint à une observation de cette paralysie isolée est la même que celle de Turck et a été du reste reproduite dans tous les ouvrages spéciaux.

En 1881, le docteur Ducau, publiait également dans cette Revue un cas très net et minutieusement décrit qu'il faisait suivre de quelques remarques.

L'an dernier enfin, le docteur Lecointre prenait pour objet de sa thèse inaugurable la *Paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien.*

Dans cette thèse, à laquelle nous empruntons en partie notre historique et à laquelle a été consacrée une courte analyse dans le dernier numéro de cette même Revue, l'auteur rapporte quatre observations personnelles prises sur des malades de la clinique de M. le docteur Moure. Deux d'entre elles ont ceci de remarquable qu'elles ont trait à des paralysies ary-aryténoïdiennes survenues chez des enfants. Il n'existait jusqu'ici dans la science qu'un seul fait de ce genre. Le travail du docteur Lecointre contient en outre deux observations inédites empruntées à la clinique du professeur Semon, de Londres, qui a bien voulu s'en départir en sa faveur. Elles sont toutes deux particulièrement intéressantes; l'une parce que la paralysie de l'aryténoïdien avait été précédée de celle des adducteurs; l'autre parce qu'elle est la première rencontrée chez un homme.

Toutes les observations publiées jusque là avaient été constatées chez des femmes; néanmoins, M. le D[r] Martel dans le numéro de novembre 1882 des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, en cite une deuxième observée chez un soldat du service de M. Léon Colin, au Val-de-Grâce, chez lequel l'examen laryngoscopique ne laissa pas de doute sur l'existence d'une paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien.

(1) Traduit par les docteurs E. J. Moure et F. Bertier.

L'anatomie et la physiologie du muscle aryténoïdien ne nous arrêtera pas longtemps. Peut-être même l'eussions-nous passé complètement sous silence, si une critique adressée à M. le docteur Lecointre, dans le dernier numéro des *Archives de laryngologie* (janvier 1883) (1), ne nous avait engagé à faire quelques recherches sur cette partie du sujet que nous traitons aujourd'hui. Il nous suffira de dire que ce muscle est le seul situé sur la ligne médiane, s'étendant transversalement d'un cartilage aryténoïde à l'autre, d'où le nom de muscle transverse que lui donnent quelques auteurs. Il est parfaitement démontré qu'il a pour fonctions de faire basculer ces cartilages et de rapprocher leurs faces internes pendant la phonation. C'est lui qui amenant la partie postérieure des cordes vocales en contact, réduit la glotte interaryténoïdienne à l'état de fente. Qu'il soit paralysé, la respiration demeurera normale mais la voix sera altérée. L'artère qui nourrit le muscle aryténoïdien est la laryngée postérieure, branche de la laryngée supérieure. Il est innervé par le nerf laryngé inférieur ou récurrent, le laryngé supérieur étant en effet spécialement réservé à donner la sensibilité à la muqueuse du larynx, comme le fait observer avec raison, l'auteur de l'article publié dans les Archives Américaines (*Arch. of laryngol.*).

Toutefois, contrairement à ce dernier, nous appellerons *glotte*, l'espace compris entre les deux cordes vocales inféreures (2) et *lèvres de la glotte* le liseré interne des deux cordes vocales qui limitent en dehors cet orifice.

Car nous pensons qu'il est nécessaire, pour être précis, de conserver le nom de glotte à l'espace virtuel formé par l'écartement des cordes vocales; c'est du moins ce que font les auteurs Français, et M. Lecointre a suivi leur exemple.

Etiologie. — A quelles causes faut-il rapporter la paralysie isolée du muscle aryténoïdien? Comme conditions

(1) *Archiv. of Laryngology*, New-York, nº 1, 1883.

(2) Nous avons cru devoir préciser cette dernière dénomination, pour répondre à la critique adressée à la thèse du docteur Lecointre (*Arch. of laryng.*), qui lui reprochait de désigner sous le nom de glotte, la fente glottique et de créer ainsi une confusion capable d'induire en erreur les lecteurs inexpérimentés.

prédisposantes, nous citerons l'âge, le sexe et les antécédents. Cette affection survient généralement chez les adultes. Trois observations, seulement, ont été signalées chez les enfants. Les femmes en sont plus particulièrement affectées. Nous avons vu que deux cas en avaient été notés chez des hommes. La scrofule, la tuberculose et la syphilis peuvent être admises comme préparant le terrain qui sera envahi par la paralysie. Les antécédents héréditaires jouent un rôle très secondaire dans sa production.

Quant aux causes directement efficiantes, l'hystérie et la laryngite catarrhale sont presque exclusives. La première de ces causes est manifeste, la seconde ressort de la statistique des malades observés par M. le professeur Schrötter, de Vienne, pendant les cinq dernières années de sa pratique. (cité par Lecointre). Ces causes ne sont pas les seules admises par les auteurs. Solis Cohen croit que la paralysie isolée de l'aryténoïdien propre est plus fréquente à la suite de catarrhes aigus. Néanmoins, Poyet, G. Lefferts, Morell-Mackensie, Semon, Ziemssen, et Moure, sont d'accord pour attribuer à l'hystérie un rôle prédominant dans sa production.

Comment agit l'hystérie pour amener cette paralysie? Le problème est difficile à résoudre. Brodie, Römberg, Hasse, Winslow et Frank, ne croient pas à une lésion centrale, mais admettent un défaut d'impulsion motrice. Il s'agirait d'une « névrolysie cérébrale » suivant l'expression du professeur Jaccoud.

Dans les cas de paralysie dues à l'influence catarrhale, la lésion s'explique naturellement par une dégénérescence du muscle enflammé ou par la présence même de l'inflammation de la muqueuse qui recouvre le muscle.

Symptomatologie. — Les symptômes de la paralysie ont une valeur variable et il ne faut pas oublier que les signes physiques, fournis par le laryngoscope, permettront seuls d'affirmer le diagnostic.

Les symptômes généraux seront ceux de l'hystérie, si l'hystérie est en cause : du catarrhe si celui-ci est l'élément pathogénique.

En tête des symptômes fonctionnels se place l'altération de la voix. L'aphonie peut être subite, ou ne survenir qu'après des intermittences de retour et de dispa-

rition. *L'aphonie absolue est de règle dans la paralysie complète*. Si la voix est simplement rauque, enrouée, voilée, le muscle n'est que parésié.

La toux suit les altérations de la voix, s'il y a de la laryngite. Il y a même ceci de remarquable, en cette occasion, que la voix et surtout la toux prennent parfois le timbre croupal. Ce qui permet peut-être d'expliquer ce timbre spécial de la toux dans la laryngite catarrhale simple par l'existence d'une paralysie plus ou moins complète du muscle aryténoïdien qui le plus souvent passe inaperçue surtout chez les enfants. La douleur fait le plus souvent défaut et le malade n'accuse que des picotements ou de la sécheresse à la gorge, symptômes de pharyngite concomittante.

La respiration est normale d'habitude. Dans les cas graves, les malades, au dire de Elsberg (Des paralysies des muscles du larynx, *New-York*, 1882) (1), sont facilement hors d'haleine par suite « du coulage de l'air » *leakage of air*.

Les symptômes par excellence sont les symptômes laryngoscopiques. Il suffit d'avoir présente à la mémoire la physiologie du muscle ary-aryténoïdien pour porter, de visu, un diagnostic scientifique. Ce muscle, avons-nous dit, a pour but de mettre en contact les faces internes des cartilages aryténoïdes et, par suite, de fermer exactement la glotte. Que la paralysie se produise, et l'affrontement n'aura pas lieu. C'est, en effet, ce que montre le laryngoscope et ce qui constitue le symptôme caractéristique. Qu'on fasse faire au malade des efforts de phonation, et l'on voit les cordes vocales venir se mettre exactement en contact dans leurs trois quarts ou deux tiers antérieurs, tandis que le quart ou le tiers postérieur demeure béant, formant un triangle dont la base est la région inter-aryténoïdienne et le sommet la réunion des deux tiers ou des trois quarts antérieurs avec le tiers ou le quart postérieur des cordes vocales. Cet orifice béant permet à l'air de s'échapper sans faire vibrer lès cordes vocales, d'où aphonie.

(1) Cet intéressant article du Prof. Elsberg a été publiée in-extenso dans le numéro de décembre 1882, n° 12 de la Revue.

Cette image du larynx dans la paralysie du muscle aryténoïdien a été décrite par tous ceux qui se sont occupés de cette paralysie; tous aussi ont reproduit la figure donnée d'abord par Turck, puis par Zimssen et Mackensie, figure que nous considérons comme incomplète, en ce qu'elle ne rend compte que théoriquement de la paralysie ary-aryténoïdienne, de la position que devraient avoir les cordes vocales dans les cas de ce genre mais elle ne reproduit point l'image laryngienne vraie telle qu'on l'observe sur le malade. En un mot, la figure classique est un schéma de la paralysie ary-aryténoïdienne, et non une image clinique.

En effet, outre l'écartement des cordes vocales dans leur quart ou leur tiers postérieur, il se produit une modification dans la position des bandes ventriculaires qui se contractent fortement pour compenser l'action du muscle paralysé et se portent vers la ligne médiane, recouvrant en grande partie les rubans vocaux qu'on n'aperçoit guère qu'à l'état d'un liseré blanc. L'épiglotte reste en général fortement abaissée pendant la phonation et empêche souvent de voir tout l'intérieur du larynx et surtout l'insertion antérieure des rubans vocaux sur le cartilage thyroïde (*Voir fig.*).

La muqueuse des cartilages aryténoïdes elle-même semble tuméfiée par suite de la contraction exagérée des muscles constricteurs accessoires. La figure ci-jointe,

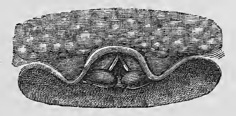


Image du larynx dans les cas de paralysie isolée et complète du muscle ary-aryténoïdien.

déjà publiée par le docteur Lecointre dans son travail inaugural et qui lui a été communiquée par le docteur Moure, nous paraît représenter plus exactement cet état que nous avons eu nous-même l'occasion d'observer tout récemment.

Nous en aurons fini avec les symptômes laryngoscopiques en disant que la muqueuse est normale dans la paralysie d'origine hystérique, plus ou moins congestionnée dans celle ayant pour point de départ le catarrhe. Il en est de même pour les cordes vocales.

Marche. Pronostic. — La marche de l'affection qui nous occupe et sa durée sont subordonnées à la cause qui l'a produite. Dans l'hystérie, elle varie avec ce singulier état pathologique lui-même, la guérison se produisant parfois brusquement et naturellement comme nous le montre l'histoire de la malade dont nous avons noté l'observation. Dans le catarrhe aigu ou chronique, elle disparait généralement avec cette maladie. Mais il ne faut pas oublier que la perte définitive de la voix peut en être la conséquence si la maladie est le résultat d'une altération musculaire. Le pronostic est bénin, on le conçoit, sauf dans ce dernier cas.

Traitement.— Le traitement général (bromure de potassium, douches dans l'hystérie, inhalation chaudes, stimulantes dans la laryngite catarrhale), ne peut être considéré que comme un adjuvant au traitement vraiment efficace, c'est-à-dire local. Le muscle est paralysé, il faut lui rendre sa contractibilité, et pour cela, l'on devra s'adresser à l'électricité.

L'électrisation externe, les pôles appliquées de chaque côté du cou, sur le trajet des recurrents, est rarement suffisante.

Le traitement réellement efficace, comme en font foi la plupart des observations publiées par les différents auteurs et celles mêmes prises par nous à la Clinique du Dr Moure, est l'électrisation directe, la faradisme intra-laryngé.

Appliquée la première fois par Duchêne de Boulogne, puis par Mackensie, on la pratique de deux façons. On peut porter un réophore dans le larynx, le patient tenant le second dans sa main ou bien ce second réophore étant mis en communication avec un collier métallique entourant le cou au niveau du cartilage thyroïde. Le second procédé consiste à porter les deux réophores dans le larynx en se servant de l'excitateur double qui permet de faire passer le courant seulement quand le métal est

en contact avec le point qu'on veut électriser. Une simple pression du doigt de l'opérateur sur le bouton de métal ou d'ivoire qui se trouve sur le manche suffit pour faire passer le courant.

Que l'on ait recours à l'un ou l'autre procédé, le réophore doit être maintenu deux ou trois secondes dans le larynx. On renouvellera l'opération trois ou quatre fois par séance.

La gymnastique vocale de Bruns (1), le massage laryngé préconisé par le docteur H. K. Olivier (2), de Boston, aideront la guérison.

Enfin, n'oublions pas de faire remarquer qu'il existe des paralysies hystériques que la simple application du miroir au fond de la gorge pourra faire disparaître, mais en général ces dernières reparaissent avec autant de facilité qu'elles auront disparu plus facilement.

Nous terminerons ce rapide aperçu sur la paralysie isolée du muscle ary-aryténoïdien par l'observation d'une malade atteinte de cette affection. Elle nous a paru intéressante à publier à cause de la résistance de la paralysie à l'électrisation interne, malgré son origine hystérique et aussi à cause de l'amélioration graduelle de la voix concordant avec la diminution également progressive du triangle glottique. Ce qui nous confirme dans notre opinion que l'aphonie est absolue dans la paralysie complète du muscle aryténoïde et, la voix rauque dans la parésie. Cette opinion a été émise aussi par le docteur Lecointre dans sa thèse et nous partageons son avis.

Nous irons même plus loin, et nous dirons que s'il existe un seul fait bien net dans lequel l'aphonie aura été occasionnée par la paralysie *isolée* du muscle ary-aryténoïdien, ce fait unique sera, ce nous semble, suffisant pour prouver que ce symptôme peut être le résultat du défaut d'action ce *seul* muscle du larynx et nous pourrons alors évidemment en conclure que lorsque le muscle sera complètement paralysé, l'aphonie devra être la règle. Dans le cas contraire, l'aphonie ne devra jamais être absolue lorsque l'aryténoïdien transverse sera *seul* para-

(1) *Klinik. der kranheiten des kehlk* Vienne 1866.
(2) *In Américan journ., of. med. Sc.* 1870, p. 305.

lysé, et l'on devra pour expliquerl'existence de ce symptome admettre une cause plus complexe. Nous sommes absolument persuadé que si, dans quelques cas, les malades n'étaient pas aphones, c'est que le muscle n'était pas *complètement* paralysé, le cas suivant nous offre un bel exemple du fait que nous avançons.

OBSERVATION I (Personnelle et inédite).

Paralysie isolée de l'ary-aryténoïdien d'origine nerveuse.

M[lle] A. V..., âgée de vingt-trois ans, modiste, vient, le 15 décembre 1882, sur ma recommandation, se présenter à la clinique du docteur Moure pour une aphonie complète.

Cette jeune fille, légèrement anémique, mais bien réglée, d'un tempérament très nerveux, n'offre rien de sérieux à signaler du côté des antécédents héréditaires. Depuis l'âge de seize ans, époque à laquelle elle fut menstruée, elle a été sujette, sous des influences morales, à des aphonies semblables à celle pour laquelle elle est venue nous consulter et qui se sont renouvelées tousles ans. Pas de crise d'hystérie.

A l'examen, le pharynx paraît sain dans toutes ses parties, la muqueuse est assez lisse, d'aspect rosé.

Au laryngoscope que la malade supporte très facilement, comme il arrive dans la plupart de ces cas, on constate une légère rougeur des éminences aryténoïdes, les bandes ventriculaires sont saines ; l'épiglotte assez fortement abaissée sur l'entrée du l'organe vocal ne permet pas tout d'abord de voir nettement l'intérieur du larynx, mais en faisant une deuxième application du miroir et au moment où la malade essaye de prononcer la voyelle E, l'opercule glottique se soulève un peu mieux. L'on constate alors que les cordes vocales, dont on n'aperçoit qu'un simple liseré blanc, se mettent en contact mais seulement dans les trois quarts antérieurs. Le quart postérieur au contraire demeure écarté limitant un espace triangulaire qui donne passage à l'air.

Le diagnostic n'était pas douteux. Nous avions affaire à une paralysie complète et isolée du muscle ary-aryténoïdien.

Le bromure de potassium est ordonné comme traitement général.

Le vingt-un décembre la malade revient, toujours aphone et présentant les mêmes symptômes.

On fait une application d'électricité externe qui ne donne aucun résultat. A la séance suivante, M. Moure pratique l'électrisation directe du muscle paralysé, à l'aide de l'excitateur simple un pôle était placé dans le larynx, l'autre sur le cou. Il se produit alors une amélioration sensible qui se manifeste à l'examen laryngoscopique par une diminution du triangle inter-aryténoïdien. La voix devient aussitôt rauque comme voilée et conserve ce timbre pendant plusieurs jours.

A un nouvel examen, pratiqué huit jours après, il est *facile de constater que la paralysie n'est pas aussi complète car le triangle glottique n'est plus aussi petit, son angle antérieur est devenu plus aigu.* La voix est simplement voilée, la toux rauque. Une séance d'électrisation directe n'amène aucune modification et ce n'est que dix jours plus tard, c'est-à-dire après deux autres séances de faradisme intra-laryngé que la voix reprend son timbre normal. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue.

Nous croyons également utile de rappeler ici l'observation de Turck dont nous avons parlé au début de cet article, observation publiée peu de temps après l'emploi du miroir laryngien et que la plupart des auteurs ont passé sous silence.

Observation II. — (Publiée par Turck, *loc. cit.*, p. 451).

Aphonie paralytique accompagnée d'éclampsie.

Pauline Lachemmayer (....) âgée de dix-neuf ans, couturière qui était traitée dans ma division pour accès hystériques de différentes natures et particulièrement pour éclampsie avec paralysie consécutive, persistante et anesthésie des parties du corps plus grandes, devint aphone dans le courant du mois de juillet 1863 par suite d'un accès d'éclampsie. L'aphonie continua après sa sortie qui eut lieu en décembre et disparut spontanément en peu de jours à peu près vers le milieu de 1864.

Lorsqu'elle s'efforçait de produire un son, pendant les examens réitérés du larynx, subis à de longs intervalles de temps, les bords intérieurs des vraies cordes vocales se juxtaposaient de devant en arrière et se touchaient complètement jusque dans le voisinage de leurs attaches musculaires

sur les cartilages vocaux. Il va sans dire que les cartilages vocaux ne se touchaient pas entièrement pour cela. D'autres fois au contraire les extrémités des cartilages vocaux et les segments postérieurs des vraies cordes vocales se juxtaposaient complètement et ne se séparaient que quand la fatigue commençait à se faire sentir.

Dr J. LAUGA.

Revue Bibliographique.

Carcinome de l'œsophage chez un goîtreux. Paralysie incomplète des dilatateurs de la glotte; trachéotomie; hémorragie retro-trachéale; asphyxie: mort. (*Œsophageal carcinoma in goitrous patient. Incomplete paralysis of the glottis openers. Trachéotomy; Retrotracheal hémorrhage; Asphyxia; Death*).

Par le Dr Félix SEMON de Londres

Sarah R..., cinquante-huit ans, consulta le docteur Semon en 1880 pour de la dysphagie avec irradiation douloureuse vers l'oreille. A cette époque, elle avalait encore les aliments solides, mais le bol alimentaire semblait s'arrêter au niveau du cartilage cricoïde; il n'existait ni dyspnée, ni dysphonie. Pas d'antécédents.

A l'examen, on constatait l'existence d'une hypertrophie notable des deux lobes de la glande thyroïde, surtout du côté droit; à ce niveau, la pression était un peu douloureuse. Pas de ganglions.

A l'examen laryngoscopique, on apercevait, au niveau du cricoïde, un gonflement notable, surtout marqué à droite; de plus, au niveau de la base de l'aryténoïde de ce côté, existait une ulcération superficielle.

Ainsi qu'il arrive quelquefois, même dans le cas de carcinome, le traitement spécifique produisit d'abord une certaine amélioration. Le 22 août, le docteur G. Mackern, remplaçant le docteur Semon, absent depuis le mois de juillet, aperçut, au niveau de la paroi postérieure de la trachée, une saillie blanchâtre dont il ne put définir la nature. Peu de

temps après survint une paralysie des dilatateurs qui, au retour de l'auteur (Octobre), déterminait une sténose respiratoire considérable; la corde droite s'écartait seule un peu de la ligne médiane au moment de l'inspiration. Le traitement spécifique fut de nouveau institué énergiquement, mais, malgré un semblant d'amélioration momentanée, le 24 octobre la corde droite restait à son tour immobile. Bien que l'existence du goître rendit l'intervention chirurgicale assez difficile, le docteur Semon se décida à pratiquer la trachéotomie pour sauver les jours de la malade compromis. L'opération fut un peu plus longue que de coutume, la trachée se trouvant refoulée en arrière, mais il ne survint aucune hémorrhagie. On introduisit une des petites canules rectangulaires de Durham avec son mandrin, mais au moment où l'on retira ce dernier la respiration s'arrêta ; pensant que la canule avait été placée au-devant de la trachée, le docteur Semon la retira, l'air pénétra alors, mais à peine la canule fut-elle replacée que, de nouveau, la respiration resta suspendue ; l'auteur plaça alors une canule plus longue et un peu plus grosse. Quelques secondes plus tard, un flot de sang rouge fit irruption par l'ouverture de la canule, *mais non par les bords de la plaie*, la malade rejeta en même temps du sang par la bouche, et elle ne tarda pas à succomber.

A l'autopsie, on constata l'existence d'un goître fibreux. L'œsophage présentait au-dessous de la base de l'aryténoïde une tuméfaction considérable s'étendant au niveau de la face postérieure du cricoïde, surtout du côté droit; la partie tuméfiée était recouverte par la muqueuse dans le champ visible au laryngoscope, sauf au niveau de la petite ulcération déjà signalée, mais au-dessous de ces points existait une masse ulcérée recouvrant les deux tiers antérieurs de tout le côté droit de l'œsophage. Il existait, par le fait, un rétrécissement longitudinal plutôt que circulaire de ce conduit. L'examen microscopique révéla la nature épithéliale de la tumeur.

A la jonction des parois antérieure et latérale droite de l'œsophage, existait une cavité mesurant environ un pouce et circonscrite par la tumeur, par les parois postérieure et latérale droite de la trachée et par le lobe droit de la glande thyroïde. Cette cavité, remplie de pus et de sang, était parcourue par de grosses veines dont l'une semblait avoir été récemment déchirée.

La cavité de l'abcès communiquait avec la trachée par une ouverture située sur la moitié droite de la paroi postérieure de la trachée et, fait plus remarquable encore, tout le quart postérieur de ce conduit, c'est-à-dire le point où le cartilage n'existe plus, *faisait saillie dans le tube trachéal;* la partie la plus épaisse de cette saillie se trouvait précisément au-dessous de l'ouverture de l'abcès.

Ce dernier fait fournissait évidemment l'explication des difficultés opératoires éprouvées par l'auteur dont la canule, au lieu de passer dans l'orifice trachéal, allait se placer dans le cul-de-sac formé par l'abcès. Ainsi s'expliquait également la rupture d'une des veines signalées plus haut et l'hémorrhagie mortelle qui en fut la conséquence.

Le Dr Semon fait observer, avec raison, qu'il est rare de trouver réunies chez un même malade des circonstances aussi défavorables. D'un côté un carcinome occasionnant une paralysie des dilatateurs de la glotte, d'un autre la formation d'un abcès, l'existence d'un goître empêchant de faire l'opération le plus loin possible du siège du mal, comme il est de règle, en forçant l'opérateur de faire son incision au niveau dè l'ouverture de l'abcès : enfin cette saillie de la muqueuse trachéale faisant dévier le mandrin de la canule et conduisant cette dernière dans la cavité de l'abcès.

Epithélioma primitif de l'amygdale (1)

Par le Dr Bryson Delavan

T. B..., âgé de soixante ans, né en Irlande, vient consulter l'auteur le 9 juin 1881. Pas d'antécédents. En février 1881 il éprouva une douleur pulsatile dans l'oreille droite, douleur qui devint persistante; malgré des soins attentifs, ce symptôme ne disparut point et quatre semaines après l'amygdale droite commençait à se tuméfier, au point qu'en avril cette glande mesurait environ un pouce et demi; en même temps apparaissait à ce niveau une ulcération et un gonflement externe au-dessous de l'angle de la joue droite.

Le 9 Juin, le malade a un aspect cachectique, la voix est

(1) *The New-York, méd. journ. and Obstetric*, Avril 1882.

faible, l'haleine extrêmement fétide, l'expectoration purulente parfois striée de sang. Depuis quelques jours, la douleur a gagné l'oreille gauche, l'amygdale de ce côté est également tuméfiée. Il existe une vaste ulcération commençant du côté droit de la luette et s'étendant en haut sur le voile du palais jusqu'au niveau de l'orifice de la trompe et en bas sur l'amygdale de ce côté, qui était presque entièrement détruite, la base de la langue et le bord droit du larynx. Ce dernier organe était également tuméfié. En arrière de la joue droite, existait une tumeur circulaire mesurant environ 0,05 cent. de diamètre. On éloigna toute idée d'intervention chirurgicale et le malade mourut le 5 août 1881, six mois environ après le début de l'affection. L'examen microscopique révéla la nature épithéliale de la tumeur.

L'auteur insiste sur l'existence de la douleur d'oreille avant toute manifestation gutturale, il pense que dans les cas d'otalgie d'origine douteuse, l'on devra songer à examiner la gorge avant de faire un diagnostic. Il termine son article par un relevé statistique des cas publiés par les différents auteurs et quelques renseignements bibliographiques sur ce sujet.

Revue de la Presse

Épithélioma de l'amygdale envahissant le voile du palais le plancher de la bouche et la base de la langue. Ligature de la carotide externe : résection partielle du maxillaire inférieur. Ablation de la tumeur avec l'anse galvanique et le thermo-cautère. Guérison. — Sous ce titre, M. Clado interne du service de M. Polaillon, rapporte l'histoire d'un malade, âgé de quarante-trois ans, entré à l'hôpital le 17 décembre 1882 et qui fut opéré le 16 janvier. Après avoir lié la carotide externe avec du catgut, M. Polaillon fit une incision courbe partant de la commissure labiale gauche pour aller rejoindre l'incision de la ligature vers l'angle de la mâchoire.

Le lambeau inférieur est disséqué en détachant les tissus jusque vers l'os hyoïde. Malgré la ligature de la carotide, les artères coupées saignent assez abondamment. La deuxième incisive gauche est arrachée pour permettre de placer la scie

à chaîne en ce point et l'on sectionne ensuite la branche montante du maxillaire au niveau de sa partie moyenne.

Cette partie osseuse ayant été enlevée, M. Polaillon traversa le plancher de la bouche avec un petit trocart courbe de manière à le faire pénétrer un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et ressortir vers la pointe du V lingual. Un fil de platine fut introduit dans le tube du trocart qui fut retiré. Puis ce fil de platine fut disposé de manière à former une anse qui embrassait le tiers postérieur de la moitié gauche de la langue et le plancher de la bouche jusqu'à la section antérieure du maxillaire. Ce fil ayant été adapté au serre-nœud du galvano-cautère et mis en communication avec la pile, tous ces tissus furent sectionnés. Une autre anse galvanique fut placée de la même manière pour sectionner les tissus au-dessous de l'amygdale, depuis la base de la langue jusqu'au pharynx. Une troisième anse, placée en arrière de l'amygdale, coupa la paroi du pharynx. La tumeur se détacha alors; mais il restait à enlever la moitié gauche du voile du palais, ce qui fut fait avec le thermo-cautère.

La vaste plaie, qui saignait en nappe dans plusieurs endroits, fut cautérisée au thermo-cautère. Quelques ligatures furent placées sur les artères importantes. Énfin, la plaie ayant été lavée à l'eau phéniquée forte, M. Polaillon sutura les tissus de la joue. Sept sutures profondes trois superficielles avec du fil d'argent. Pas de drain.

L'opération dura une heure un quart.

Le 18 janvier on retira deux sutures superficielles et une profonde.

La nutrition du malade fut d'abord assez difficile, et l'on fut obligé, pour l'alimenter de lui introduire dans la gorge un tube de caoutchouc mesurant environ 14 centimètres qui s'adaptait à la canule d'un biberon.

Le 26 janvier se produisirent deux hémorrhagies assez abondantes qui s'arrêtèrent cependant sous l'influence d'une injection d'eau phéniquée forte et d'eau glacée.

Enfin, le 15 février, le malade quittait l'hôpital guéri.

L'examen histologique révèla la nature épithéliale de la tumeur confirmant ainsi le diagnostic porté par M. Polaillon.

La guérison sera-t-elle définitive, c'est à notre avis ce qu'il serait surtout important de savoir, et nous pensons que dans les cas de ce genre il serait utile de chercher à revoir le

malade, au moins un an après l'opération, lorsque la chose est possible.

La difficulté et le danger des opérations qui consistent à enlever à la fois l'amygdale, la paroi du pharynx, le plancher de la bouche et la base de la langue atteint de cancer, ont souvent été signalés. Toutefois, M. Polaillon fait remarquer que ces opérations deviennent relativement faciles et sûres, lorsqu'on prend les trois précautions suivantes : 1° de lier la carotide externe pour limiter l'abondance de l'hémorrhagie ; 2° de réséquer une portion du maxillatre inférieur pour s'ouvrir une large voie, d'après le procédé de M. L Labbé. (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1882, p. 837) ; 3° d'agir avec l'anse galvanique et le thermo-cautère pour séparer les tissus malades. (*Gaz. des hôpit.*, 22 Mars 1883.)

Hémorrhagie de la gorge après la scarlatine nécessitant la ligature de la carotide primitive. — Le Dr Pepper a lu devant la Société clinique de Londres, une note concernant un homme âgé de trente-trois ans qui quelques semaines aprés avoir eu la scarlatine prit froid et se plaignit ensuite de mal à la gorge. Deux jours après, la luette était œdématiée, transparente, le voile du palais était rouge et tuméfié. Le lendemain existait de la dysphagie, le malade sentait des battements du côté gauche, de plus on apercevait quatre taches hémorrhagiques à l'union de la voute osseuse et du voile du palais. Trois heures plus tard la gorge se tuméfiait rapidement surtout du côté gauche, le malade éprouvait un sentiment de suffocation, peu de temps après s'écoulait une quantité considérable de sang. Le gonflement et la gêne respiratoire persistèrent et la voix s'éteignit. Le malade perdit environ quarante onces de sang sans que l'hémorrhagie fit mine de s'arrêter.

L'auteur fit une consultation avec le Dr Mohamed et il fut décidé que l'on ferait une ligature de la carotide primitive, ligature qui fut pratiquée avec succès au niveau du bord supérieur du muscle omo-hyoidien. Le malade guérit. (*Philadelphia med. times*. 13 janvier 1883).

De l'hypertrophie du tissu osseux des cornets, considérée au point de vue pratique. *(On the question of hypertrophy of the osseous structure of the turbinated bodies, prati-*

cally considered), par le Dr Bryson Delavan. — Les conditions qui favorisent surtout cette hypertrophie, sont les trop grandes dimensions de méats, une hypérémie de longue durée au niveau du tissu osseux, et l'existence de ces deux conditions au moment de la période de développement de ces parties.

L'hypertrophie des cornets existe souvent, surtout combinée à une déviation de la cloison du nez.

La sténose et le catarrhe résultant de cette hypertrophie ne peuvent être améliorés d'une manière définitive que par l'extirpation de l'os lui-même, opération parfaitement justifiable. L'auteur s'appuie du reste, à ce sujet, sur l'opinion de l'éminent professeur anglais, le Dr Morell-Mackensie.

Tant qu'il existe une hypertrophie de l'un des cornets, l'on ne peut songer à redresser la cloison si l'extirpation de l'os hypertrophié n'a été préalablement exécutée.

De la pathologie et de la thérapeutique du catarrhe chronique du nez et du pharynx, (*Zur Pathologie und Therapie des chronischen Nasen und Rachen-Catarrhes*), par le Dr M. Bresgen.— Le titre rappelle une affection qui se présente journellement à chaque médecin et lui semble peut-être banale. Néanmoins, il n'existe pas une seule affection qui soit moins comprise par le praticien ordinaire. Aussi devons-nous féliciter le docteur Bresgen, d'appeler notre attention de ce côté.

Voici quelques conclusions, auxquelles arrive l'auteur dans son exposé, conclusions découlant de son expérience personnelle :

« La douche nasale, ou le rinçage du nez, au moyen d'un instrument quelconque ne doit être ordonné que par un médecin qui est tout à fait au courant de l'anatomie, de la physiologie, de la pathologie et de la thérapeutique de la cavité nasale.

L'intérêt du malade réclame que le traitement du catarrhe pharyngien, ou naso-pharyngien, ne soit point confié au malade lui-même et surtout qu'on ne charge pas ce dernier de se faire lui-même les badigeonnages au pinceau.

Comme symptômes de l'affection, l'auteur cite les névroses d'origine réflexe, telles que l'éternûment souvent répété; puis la petite toux, qui suit quelquefois l'éternûment. Cette dernière est toutefois bien souvent un symptôme d'une

irritation concomittante de la muqueuse pharyngienne ou laryngienne; une sensation de lourdeur ou de douleur, résidant dans la partie antérieure de la tête et prennant souvent un caractère névralgique (Seiler) et de migraine ; quelquefois la mémoire s'affaiblit et le malade se trouve dans l'impossibilité de concentrer ses pensées. D'autres malades font des efforts pour se moucher et au lieu d'améliorer leur état ils ne font qu'aggraver le mal. Une sensation de brûlure dans l'œil et les paupières n'est pas chose rare. Hack a vu se produire du spasme de la glotte par action réflexe. L'hypertrophie des replis muqueux pharyngés latéraux (pharyngitis lateralis de Schmid) n'est pas encore suffisamment appréciée malgré les maux nombreux qu'elle engendre. La toux peut provenir du pharynx mais elle est généralement l'effet d'une irritation laryngée et d'un « catarrhe chronique inter-aryténoïdien. »

La sensation de corps étranger à l'arrière-gorge est d'origine purement pharyngienne.

L'épilepsie, par action réflexe d'une affection nasale ou rétro-nasale, mérite une attention spéciale. Sommerbrodt l'a vue disparaître à la suite d'ablation d'un fibrome du pharynx.

L'hérédité jouerait un rôle considérable dans l'étiologie de la maladie. Bresgen se retranche pour la défense de sa théorie derrière l'autorité de Darwin et Hœckel. Il en est de même avec l'origine de l'asthme bronchique. La mauvaise influence du tabac, surtout en prises, est trop bien connue pour ne pas permettre à l'auteur de lui attribuer un rôle prépondérant dans l'étiologie de cette affection ; même au point de vue héréditaire. L'abus des boissons alcooliques trouve également sa place ici.

L'auteur est convaincu qu'il n'y a que très peu de personnes qui ne soient pas atteintes d'un catarrhe naso-pharyngien, et d'après son expérience, celui-ci revêt presque toujours la forme granuleuse.

Quant à la corrélation entre l'ozène et l'atrophie de la muqueuse nasale, l'auteur partage l'avis des autres praticiens, à savoir que celle-ci n'est pas indispensable pour produire l'odeur fétide. D'après Zuckerkandl, l'ozène simple représente un catarrhe chronique hypertrophique de la muqueuse nasale, qui produit une atrophie de la muqueuse et des cornets.

L'air mauvais et humide, respiré par la basse classe, dis-

pose les malades atteints de catarrhe chronique du nez à avoir une odeur fétide. Comme preuve, l'auteur remarque que deux tiers de ses malades se trouvent dans cette classe de la société.

L'opinion de l'auteur, émise déjà autrefois, que l'épistaxis spontanée due à aucune cause directe, peut être regardée comme un symptôme certain de catarrhe chronique du nez, est confirmée par les recherches de Zuckerkandl. D'après l'expérience de l'auteur, c'est un phénomène très fréquent surtout parmi les enfants atteints de cette affection, et c'est même souvent la cause directe pour laquelle on consulte le médecin.

Les excellents résultats obtenus par l'auteur dans le traitement du « *nez rouge* », ne permettent pas de douter d'après lui, que cette rougeur permanente pathologique du bout du nez, n'est rien autre chose que le signe d'un catarrhe chronique de la muqueuse nasale. (*Separat-Abdruck aus der, Berl. Klin. Wochenschr.*, 1882, n° 36).

L. B.

Gonflement de la cloison du nez. — Le Dr M. CARDLE, vient de présenter à « *l'Académy of médecine in Ireland* » (5 juin 1883), un specimen de tuméfaction de la cloison nasale qui avait été enlevée sur un malade mort d'affection pulmonaire. La cavité du nez était à peu près complètement obstruée par le gonflement de la muqueuse qui recouvre les cornets et la cloison. (*Brit. med. journ.* 10 févr. 1883).

Syphilis congénitale du Larynx. — Le Dr PERCY KIDD présente à la Société royale de médecine et chirurgie (*Royal medic., and surg. Soc*, séance du 3 mars 1883), une jeune fille âgée de dix-huit ans, dont la partie antérieure des cordes vocales est adhérente et reliée par un pont de couleur gris rosé. Au niveau du tiers postérieur de la corde gauche existait une petite excroissance, et la partie postérieure de la bande ventriculaire droite était occupée par un gonflement rouge et arrondi. Les rubans vocaux étaient rosés et se mouvaient librement, mais la malade était à peu près aphone. L'épiglotte un peu tuméfiée se portait en arrière vers le larynx, ses bords étaient irréguliers érodés et comme en partie détruits.

La dent incisive latérale était un peu échancrée (*The Brit. Med. Journ.* 17 mars 1883.)

Syphilides tuberculeuses sur l'oreille. — Le Dr SAMUEL SEXTON, rapportait, l'an passé devant la Société de médecine pratique de New-York (séance du 19 mai 1882), l'observation d'une femme mariée âgée de vingt-huit ans qui présentait une éruption particulière recouvrant les deux pavillons. Des croûtes très épaisses fermaient complètement les méats auditifs. Bien que l'auteur n'ait pu reconstituer de véritables antécédents syphilitiques, il pense que l'éruption était assez caractéristique pour ne pas permettre de douter de sa nature. Le traitement mixte fut institué, et l'amélioration se produisit rapidement. L'auteur insiste sur la position insolite de cette éruption (*The med. Rec. New-York*, 3 juin 1882.)

Coups sur l'oreille (*Blows on ear*) par le Dr DALBY.— A la suite d'un coup sur l'oreille peuvent survenir trois sortes de lésions : 1° L'ouïe peut être brusquement compromise sans que le tympan soit déchiré et qu'il existe d'inflammation au niveau de cette membrane, la perte de l'ouïe est dans ces cas considérable et définitive, à part une légère amélioration qui peut survenir durant les premières semaines. L'affection est la conséquence d'une lésion nerveuse située au-delà de la cavité tympanique.

2° Le tympan peut être déchiré, et la déchirure se fait en général dans le sens vertical et à côté du manche du marteau, ordinairement la perforation guérit en quelques jours, mais parfois la suppuration s'établit et la perforation persiste.

Lorsque le tympan est déchiré et qu'il se cicatrise la perte de l'ouïe est loin d'être aussi considérable que lorsqu'il n'existe pas de lésions au niveau de cette membrane.

3° Dans le troisième cas le tympan n'est pas déchiré, mais il se produit une inflammation aiguë de l'oreille moyenne qui s'accompagne des inconvénients habituels dont le moindre est une perte, plus ou moins prononcée de l'ouïe et une perforation qui peut devenir une source de danger pendant toute la vie (*Brit. med. journ*, 23 Décembre 1882.)

Rupture du tympan occasionnée par l'action de plonger (*Rupture of membrana tympani, caused by Jivin*). — Le Dr WILSON a publié dans l'*American medical News* deux cas de ruptures du tympan survenues après un plongeon. Dans le premier un homme, en plongeant d'une hauteur de 20 pieds environ, ressentit en arrivant dans l'eau un bruit qu'il compa-

ra à un coup de canon; aussitôt après il constata une diminution de l'ouïe du côté gauche et à l'examen on trouva une déchirure au niveau de la partie antéro-inférieure du tympan.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un jeune homme qui plongea de dessus un bateau; il entendit également un coup et crut avoir touché le fond : il éprouva ensuite des vertiges et des bourdonnements du côté droit, et l'examen révéla l'existence d'une déchirure située au niveau de la partie postéro-supérieure du tympan.

Le docteur Wilson pense que cet accident est plus fréquent que l'on ne le croit en général et que la surdité survenant après le plongeon, et attribuée à l'introduction d'eau dans l'oreille est plutôt le résultat de fissures du tympan. Il explique le fait par la compression brusque de l'air dans le conduit. Il conseille, pour éviter cet inconvénient, de faire une inspiration profonde avant de plonger et d'empêcher ensuite l'air de sortir par la bouche et par le nez (*The lancet*, 26 août, 1882).

Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les maladies de l'oreille. — Dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine d'Irlande (séance du 12 janvier 1883), le D[r] WHEELER, rapporte les différentes causes des écoulements de l'oreille et insiste sur la nécessité de trépaner de bonne heure lorsque le tissu osseux est malade. Les statistiques prouvent en effet que preque tous les cas abandonnés à eux-mêmes ou traités par la médecine expectante se sont terminés par la mort.

Le docteur Deyle fait observer, avec raison, que l'on a rapporté des cas de guérison obtenus à l'aide d'une simple incision faite au niveau de l'apophyse mastoïde. Nous pourrions ajouter que cette incision ne serait du reste que le prélude de la trépanation si les symptômes ne s'amendaient pas rapidement après cette première opération. (*The Lancet*, 24 février 1883).

Notes sur un cas de surdité consécutif à une contusion cérébrale ((*Notes on a case of deafness following concussion of the Brain.*) — Le docteur Richard ELLIS rapporte le cas d'un malade âgé de vingt-huit ans, second sur un steamer, qui tomba à l'eau entre son navire et le quai. En tombant, il se frappa la tête contre le bord du navire, il perdit connaissance, resta insensible pendant douze heures et rendit du sang par la bouche, le nez et l'oreille gauche. Plus tard il s'aperçut qu'il n'entendait plus de l'oreille gauche. A l'exa-

men on constatait une déchirure au niveau de la partie supérieure de l'apophyse mastoïde. La montre n'était pas entendue au contact, le diapason était mal perçu de ce côté; à l'auscultation, l'air ne passait pas dans la trompe. Le tympan était opaque surtout au niveau du segment inférieur, il n'existait pas de triangle lumineux. Le diagnostic fut : hémorrhagie intra-tympanique obstruant la trompe d'Eustache, et déchirure du segment inférieur du tympan.

Le traitement consista en instillations chaudes dans le conduit d'une solution de biborate de soude et de glycerine que le malade garda vingt minutes, puis on fit un lavage de l'oreille qui entraîna un peu de matière coagulée ; l'audition améliorée était cependant encore altérée, l'auteur fit alors le cathétérisme de la trompe en injectant par cette dernière une solution alcaline et bientôt le malade recouvra l'ouïe (*Brit. med. journ.*, 30 Décembre 1882).

La surdi-mutité en Prusse. — Le *Berliner Klin. Wochensch.* (14 août) fournit les résultats statistiques suivants pour l'année 1880. Le total des sourds-muets est de 27.794, soit 10.2 par 10.000 habitants, dont 15.168 hommes (11.3) et 12.626 femmes (9.1). Dans le dénombrement de 1871, on comptait 24.315 sourds-muets soit 9.9 par 10,000 habitants. Dans l'intervalle des neuf dernières années la surdi-mutité a donc augmenté jusqu'au chiffre de 18 p. 100 tandis que la population ne s'est accrue que de 10.6 pour 100.

Les proportions de sourds-muets varient dans chaque religion de la manière suivante : Sur 10,000 habitants on compte 9.89 sourds-muets chez les protestants ; 10.39 chez les catholiques ; 14.38 chez les juifs et 7.27 seulement dans les autres religions. La fréquence plus grande de la lésion chez la race juive s'expliquerait par l'influence des alliances consanguines qui sont plus fréquentes dans cette religion. (*Med. Times, and Gaz.*, 30 septembre 1882).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx

Bond. — De l'angine scarlatineuse et de ses rapports avec les autres affections. (*Brit. med. journ.*, 23 septembre 1882).

CRESWELL-BABER. — Remarques sur les végétations adénoïdes du pharynx nasal. (*Brit. med. journ.*, 5 août 1882).

DALY. — Quelques remarques sur l'amygdalotomie. (*The med. Rec. N. Y.*, 10 février 1883).

KENNETH MILLICAN. — Cause ou causes de l'angine tonsillaire. (*The Lancet*, 23 septembre 1882).

MACKERN (Georges). — Du traitement de la pharyngite granuleuse chronique par la galvano-caustie. (*Arch. of Laryngol.*, n° 1. Janvier 1883).

ORLEBAR. — Rougeole avec complication du côté de la gorge. (*Brit. med. journ.*, 17 juin 1882).

PEISSON. — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. (Thèse, Paris, 1883).

PEPPER (William). — De l'amygdalite herpétique ; ses rapports avec la diphtérie. (*Philadelphia med. Times*, 10 févr. 1883).

RAUKIN. — Des amygdales pharyngées et de leur hypertrophie. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

SANDS. — Abcès rétro-pharyngien. (*The med. Rec. N. Y.*, 22 juillet 1882).

SHRADY (George). — Extraction d'une grosse tumeur naso-pharyngienne avec prolongement du côté de la base du crâne. Complications cérébrales inattendues, mort. (*The med. Rec. N. Y.*, 16 septembre 1882).

WESLEY MILLS. — Un cas d'hypertrophie considérable des amygdales occasionnant des symptômes graves. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janv. 1883).

Nez

AMORY DE BLOIS (Thomas). — De la médication hypodermique dans le catarrhe du nez. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

BEAUNIS. — Recherches sur le temps de réaction des sensations olfactives. (*Revue méd. de l'Est*, 15 février, 1er et 15 mars 1883).

BOSWORTH. — Un électrode pour le nez (*The med. Rec. N. Y.*, 16 septembre 1882).

JARVIS. — Du traitement chirurgical du catarrhe chronique du nez. (*The med. Rec. N. Y.*, 27 mai 1882).

SABINE. — Des restaurations du nez. (*N. Y. Surg. Soc.*, séance du 14 mars 1882).

WALSKAM. — Traitement des déviations de la cloison. (*The Lancet*, 23 septembre 1882).

Larynx

ARIZA. — De la laryngite hypéresthésique. (*Anales de Otolog. y Laryngol.* Mars 1883, n° 3).

CHAPMAN. — Notes sur quatre faits inusités tiré sur la pratique de 1880-81. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

CHAPMAN. — De l'emploie du froid dans les maladies des voies aériennes supérieures. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

CLINTON WAGNER. — Ossification du cartilage aryténoïde droit. Séparation et expulsion à la suite de la thyrotomie pratiquée pour faire l'ablation d'un papillome. (*Arch. of Laryng.*, n° 1. Janvier 1883).

COATS et KNOX. — Papillome du larynx enlevé par l'incision partielle du thyroïde. (*The Brit. med. journ.*, 3 Mars 1883).

KNOX. — Épithélioma du larynx (Pièce anatomique. *Brit. med. journ.*, 3 Mars 1883).

Lefferts (George). — Observation de laryngite syphilitique chondrite; Gomme du cou. Perforation et formation d'une fistule laryngienne complète. Trachéotomie. Guérison. (*Arch. of Laryng*, nº 1. Janvier 1883).

Norman Moore. — Ulcération de l'épiglotte à la suite de la fièvre typhoïde. (*Med. Times and Gaz*, 10 juin 1883).

Prosser (James). — Observations de laryngite syphilitique. (*The med. Rec. N. Y.*, 22 juillet 1882).

Ramon de la Sota. — Histoire d'un os enclavé dans la portion sous glottique du larynx. (*Arch. of Laryng., N. Y.*, nº 1. Janvier 1883).

Schweig (Henri). — Observation de laryngite œdémateuse. (*Arch. of Laryng*, let, nº 1. Janvier 1883).

Tauszky. — Laryngite syphilitique ulcéreuse. (*The med. Rec. N. Y.*, 15 juil-1882).

Williamson. — Des complications laryngées de la phthisie. (*Brit. med. journ.*, 5 août 1882).

Oreilles

Beverley-Robinson. — De la fréquence des complications auriculaires dans la rougeole. (*The med. Rec. N. Y.*, 3 juin 1882).

Dalby. — Fonctions des canaux semi-circulaires. (Réponse aux expériences de M. Vulpian. (*The Lancet.*, 3 mars 1883).

Ringwood. — De la maladie de Ménière. (*Brit. med. journ.*, 6 août 1882).

Thos Barr. — Inflammation purulente de l'oreille ayant occasionné un abcès du cerveau, une méningite purulente et l'oblitération du sinus latéral du côté droit. (*The Lancet.*, 30 septembre 1882).

Varia

Elsberg (Louis). — Deux cas d'œsophagotomie interne suivis de succès. (*Arch. of. laryng.*, nº 1. Janvier 1883).

Greffier. — Étude critique sur les divers procédés de trachéotomie (*France med.*, 24 février 1883).

Purcell. — Extraction de toute la langue par la méthode sanglante. (*Med. Times and Gaz.*, 30 septembre 1882).

Thomayer. — Tuberculose de la langue. (*The Lancet.*, 23 septembre 1882).

UN NOUVEAU JOURNAL

Grâce à l'initiative du docteur Riccardo Martinez Estéban, l'Espagne possédera elle aussi ses annales d'*Otologie et de Laryngologie*.

Le nouveau journal est publié sous le titre de: *Annales de Otologia y Laryngologia*, avec le concours de praticiens Espagnols la plupart déjà connus par leurs travaux antérieurs.

Nous offrons à notre confrère nos meilleurs souhaits de bienvenue et lui désirons un plein succès!

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 1